

REQUERIMENTO DE CONTRIBUIÇÃO PARTICIPANTE ASSISTIDO

PLANO A

PLANO D

Nome:	
Patrocinadora:	CPF:
E-mail pessoal:	Matrícula:

Em cumprimento às exigências da legislação vigente aplicável, informar se exerce ou exerceu nos últimos 5 anos, função pública relevante, assim como funções relevantes em organizações internacionais, bem como seus representantes, familiares, estreitos colaboradores e outras pessoas de relacionamento próximo.

Sim

Não

Pelo presente, opto por realizar Contribuição Variável para o PLANO A / PLANO D, no valor abaixo especificado:

R\$ _____ (_____)

Declaro estar ciente e concordar que:

- A Contribuição Variável deverá ser **igual ou superior a 41 UR para participantes do Plano A e igual ou superior a 12 UR para participantes do plano D;**
- Na hipótese de o valor fixo em reais exceder ao limite previsto na norma legal que trata do crime de lavagem de dinheiro estou obrigado a declarar à Previ Novartis, por escrito, a origem do valor correspondente;
- Devo recolher diretamente à Previ Novartis ou em estabelecimento bancário por esta indicado, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de competência, o valor da minha Contribuição Variável;
- Poderei suspender a Contribuição Variável em qualquer momento desde que previamente informado à Previ Novartis;
- Devo informar à Previ Novartis sobre meu enquadramento na FATCA “Foreign Account Tax Compliance Act”, lei norte-americana de combate à evasão fiscal no país em relação a rendimentos e outros ganhos de investimentos feitos fora dos Estados Unidos por cidadãos estrangeiros com obrigações fiscais nos Estados Unidos, designadas “US Person” (Pessoa Americana), por forma do Acordo celebrado entre o Brasil e os Estados Unidos da América, promulgado pelo Decreto nº 8.506, de 24/8/2015.

Em observância à Lei nº 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”), autorizo a Previ Novartis a realizar o tratamento dos meus dados pessoais tão somente para fins lícitos e aqueles previstos para execução deste requerimento e do Plano de Benefícios ao qual estou vinculado, respectivas avaliações atuariais e financeiras e, ainda, compartilhá-los com os órgãos governamentais que legalmente os requererem. Para informações sobre o tratamento de dados pessoais realizado pela Previ Novartis, declaro que tive ciência sobre a Política de Privacidade da Previ Novartis, disponível no site institucional (<https://www.previnovartis.com.br/>) e no Aplicativo mobile denominado como Previ Novartis.

Local:

Data: ____/____/____

Assinatura